

### **"Zehn kleine Negerlein... - oder: Wen beißen zuletzt die Hunde?": zur Notwendigkeit einer akzeptanzorientierten, nicht klientelisierenden Drogenhilfe und menschenwürdigen Drogenpolitik**

Schneider, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

#### **Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Schneider, W. (1995). "Zehn kleine Negerlein... - oder: Wen beißen zuletzt die Hunde?": zur Notwendigkeit einer akzeptanzorientierten, nicht klientelisierenden Drogenhilfe und menschenwürdigen Drogenpolitik. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 19(2/3), 91-112. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-249325>

#### **Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### **Terms of use:**

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Wolfgang Schneider

## **»Zehn kleine Negerlein ... – oder: Wen beissen zuletzt die Hunde?«**

**Zur Notwendigkeit einer akzeptanzorientierten,  
nicht klientelisierenden  
Drogenhilfe und menschenwürdigen Drogenpolitik**

### **1. Ausgangssituation**

Hinsichtlich der Verabschiedung des nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes (BMJFFG, 1990), des Europäischen Drogenbekämpfungsplanes auf der Grundlage der Wiener Beschlüsse vom 19.12.1988 (in der BRD ratifiziert am 13.5.1993), des Gesetzesentwurfes zur Bekämpfung der organisierten Kriminalität (OrgKG) und des Europäischen Aktionsplanes Drogenbekämpfung (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – EBDD -) und im Rückblick auf mehr als dreißig Jahre punitiver Drogenpolitik muß eine ernüchternde Bilanz gezogen werden:

Die Zahl der Drogentoten ist immer noch immens hoch (1992 2099 und 1993 1738 Drogentote). Eine rapide Zunahme der sozialen, gesundheitlichen und materiellen Verelendung in den öffentlichen Drogenszenen wird immer offensichtlicher. Bis zu 40 000 zwanghaft Drogengebrauchende leiden unter schweren chronischen Erkrankungen. Die Gefängnisse sind zum großen Teil mit Betäubungsmittel-Straftätern überfüllt. Zur Zeit befinden sich jährlich (an einem beliebigen Stichtag des Jahres) ca. 10 000 Drogengebraucher in Haft. In Hamburg beispielsweise sind etwa 60 % aller männlichen und annähernd 90 % aller weiblichen Häftlinge wegen Drogendelikten inhaftiert (vgl. Gerlach & Engelman, 1995). Allein in Nordrhein-Westfalen waren es an einem bestimmten Stichtag im Dezember 1993 4075 (vgl. Ärzte-Zeitung vom 11/ 12.3.1994). Die Mehrheit derjenigen, die sich einer stationären Langzeittherapie unterziehen (müssen), sind

sog. Auflagenklienten (vgl. Baumgart, 1994). Nur wenige Drogengebraucher erreichen durch therapeutische Bemühungen langfristige Abstinenz. Darüber hinaus ist die Haltequote in stationären Therapieeinrichtungen äußerst gering. Im Durchschnitt brechen etwa 65 % der Therapieteilnehmer bereits während der ersten 4 Monate die Behandlung wieder ab (vgl. Stöver, 1994 b). Die Akzeptanz des traditionellen Drogenhilfesystems durch die Betroffenen sinkt weiter; rein abstinenzorientierte Therapiekonzepte haben sich mehr und mehr als ineffizient erwiesen. Die Anzahl der registrierten erstauffälligen Konsumenten ›harter‹ Drogen erreichte 1993 die Marke von 13 000. Nach Raschke (1993) sind es in NRW ca. 70 000 Menschen, die häufig oder gelegentlich ›harte‹ Drogen konsumieren. Was bleibt, ist eine quantitative Zunahme von Gebrauchern illegalisierter Drogen, deren soziale Deklassierung, Kriminalisierung und gesundheitliche Verelendung sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko (vgl. u.a. Bahsteen & Legge, 1995).

Auf das gravierende HIV- und Hepatitisinfektionsrisiko insbesondere in Haftanstalten kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden. Die Drogenverbotspolitik und der immens aufgeblähte Verfolgungsapparat konnten bislang ihre Zielbestimmungen nicht erfüllen, nämlich den Drogengebrauch einzuschränken, Neueinsteige zu verhindern, den illegalen Drogenmarkt zu bekämpfen und den Betroffenen wirksam zu helfen. Es ist eine Fehleinschätzung erster Ordnung, anzunehmen, daß durch Aufrüstung im Drogenkrieg und durch die massive Vertreibung und Auflösung («Junkie-Jogging») offener Drogenszenen (wie in verschiedenen Städten praktiziert) die Verfügbarkeit von illegalisierten Drogen eingeschränkt werden kann oder das Problem an sich gelöst wird (nur ca. 5 bis 10 % der angebotenen und konsumierten Drogen werden dem illegalen Drogenmarkt entzogen, vgl. Hess, 1992). Drogen sind nicht aus der Welt zu schaffen, ja – wie wir wissen – nicht einmal in Strafanstalten. Wir können höchstens lernen, kontrollorientiert, risikobewußt sowie sinn- und maßvoll mit ihnen umzugehen. Eine weitere Verschärfung des heute dominierenden »legal approach« (kriminalpolitischer, prohibitiver und repressiver Ansatz) durch eine noch intensivere Strafverfolgung und Pönalisierung des Umgangs mit angeblich sozialschädlichen Drogen verkennt die Komplexität und Heterogenität des Drogengebrauchs. Sie setzt sicherheitspolitische Erwägungen und generalpräventive Strate-

gien vor betroffenen orientierte und gesundheitsfördernde Maßnahmen. Durch den Ausbau der strafrechtlichen Verfolgungspraxis wird die gesundheitliche und soziale Lebenssituation der annähernd 200 000 heroin-/ kokaingebrauchenden Menschen über das erträgliche Maß hinaus verschärft: Hohes Mortalitätsrisiko, gesundheitliche Schädigungen durch die Straßendrogen (schwankender Reinheitsgehalt und unbekannte Strecksubstanzen wie Talkum, Strychnin, Schmerzmittel jeglicher Art, Coffein, Milchzucker, Vitaminpräparate sowie bakterielle und andere Verunreinigungen), die zum Teil grotesk unsterile Injektionstechnik (z.B. Wasser von der Straße und aus öffentlichen Toiletten zum Auflösen der Substanzen), die mit einer Vielzahl medizinischer Folgekrankheiten, wie z.B. Hepatitis, Tetanus, venöse Leiden, Abszesse, Leberschäden, kardiovaskuläre Affektionen verbunden sind. Ganz zu schweigen von der hohem HIV-Prävalenz und AIDS-Inzidenz, Obdachlosigkeit und hohen Kriminalisierungsdruck (vgl. Heudtlass, Stöver & Winkler, 1995; Zurhold, 1995 a).

Dabei ist längst bekannt, daß der Gebrauch reiner Opiate, u.a. Heroin, bei hygienischen und dosisangepaßten Konsumbedingungen keinerlei akute oder chronische physische Schäden zur Folge hat.

»Es kommt lediglich zu einer harmlosen Pupillenverengung und einer Tendenz zur Verstopfung. Eben diese Tatsache unterscheidet die Opiate grundsätzlich von den legalen und gesellschaftlich integrierten Drogen Alkohol und Tabak, die nachweislich zu dosisabhängigen und organspezifischen Gesundheitsschäden führen« (Schumacher, 1994, S. 64).

Hierbei darf jedoch nicht das hohe Suchtpotential von Heroin unterschlagen werden. Trotz der hohen Suchtpotenz von Heroin ist der Gebrauch von pharmakologisch reinem Heroin ohne gravierende Schädigungen möglich: Man kann damit sogar alt werden.

Es bleibt festzuhalten, exzessiver und zwanghafter Gebrauch impliziert zwar Konsum, dies muß jedoch nicht vice-versa gelten. Es sind die Konsumbedingungen der illegalisierten Droge Heroin, die wirklich »giftig« sind, und die das Bild vom gefährlichen Rauschgift stets auf's Neue bestätigen.

## 2. Voraussetzungen einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit unter dem Diktat der Drogenverbotspolitik

Diverse Forschungsergebnisse zeigen, daß der kompulsive Drogengebrauch (zwanghafter und exzessiver Gebrauch) kein statischer Zustand ist, der einmal erreicht und nur über langzeittherapeutische Maßnahmen aufhebbar wäre. Kompulsiver Drogengebrauch ist nicht durch festlegbare Kategorien definierbar. Es gibt nicht »die« Verlaufsform einer sog. Drogenabhängigkeit, »den« Drogenabhängigen oder gar »die« Suchtpersonlichkeit, noch »die« Ursachen für deren Entstehung. Bekanntlich führt kein Lebenslauf unweigerlich zum kompulsiven Gebrauch, selbst wenn er ungünstige Prognosedaten anhäuft (vgl. Weber & Schneider, 1992; Klingemann & Efionayi-Mäder, 1994); d.h. auch, daß eine wie auch immer geartete Risikokalkulation spekulativ bleibt. Auch wenn es noch so beliebt ist, die Faszination der großen Zahl (so und so viel Prozent steigen ein, steigen aus, werden abstinent, werden rückfällig usw., usw.) und dubiose therapeutische Erfolgsquotenermittlungen führen uns nicht weiter.

Der Weg in den Drogengebrauch und aus der potentiellen Drogenabhängigkeit heraus stellt eine in vielerlei Hinsicht offene Entwicklung dar, d.h. ist durch unterschiedliche Verläufe charakterisiert, die durch ein komplexes Gefüge subjektiver und sozio-kultureller Faktoren bedingt sind (vgl. Weber & Schneider, 1992; Schneider, 1994 a). Die vereinfachende, angebliche Kausalkette »Persönlichkeitsdefizit – Abhängigkeit – Therapie – Abstinenz« ist kaum mehr haltbar; ein gleichförmiges Karrieremodell hat sich als Fata Morgana erwiesen, denn:

»Lineare Modelle, also auch lineares systemisches Denken ist zu trivial, die komplexe Wirklichkeit in ihrer Dynamik zu fassen, zu beschreiben und verstehbar zu machen« (Grubitzsch, 1992, S. 158).

So ist inzwischen auch für die Bundesrepublik sehr gut dokumentiert, daß es durchaus Möglichkeiten eines autonom kontrollierten Gebrauchs illegalisierter Drogen und Selbstausstiegsprozesse gibt (vgl. Weber & Schneider, 1992; Schneider, 1995 b; Klingemann & Efionayi-Mäder, 1994).

Die im ersten Abschnitt beschriebene niederschmetternde Ausgangssituation verlangt eine andere Drogenpolitik. Notwendig ist eine pragmatisch und pluralistisch ausgerichtete Drogenhilfe als konsequente Umsetzung einer akzeptanzorientierten und schadensbegrenzenden Unterstützung (Harm-Reduction). Was ist nun hierunter zu verstehen? Grundlegendes Prinzip akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist die Anerkennung des *Selbstbestimmungsrechts* von Gebrauchern illegalisierter Drogen, d.h. die Betroffenen sollten das Recht haben, über den für sie geeigneten Weg (mit und ohne Drogen) selbst zu bestimmen. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit muß drogenbezogene Lebenspraxen als existent anerkennen und drogenorientierte Lebensstile akzeptieren. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist als Empowerment zu verstehen, sie stiftet jenseits einer neuen pädagogischen Rezeptur von Methoden und Interventionsformen zur selbstbestimmten, eigeninszenierten Lebensgestaltung an (vgl. zu einem empowermentorientierten Ansatz in der Drogenhilfe: Schneider, 1992; für die Jugendarbeit auch: Herriger, 1994).

In diesem Sinne zielt Empowerment auf Selbstwirksamkeit, d.h. es geht primär um die Unterstützung effektiver (gesundheitsschonender) Verhaltensweisen in Drogengebrauchssituationen. Die Wahrnehmung der eigenen Effektivität im Sinne eines möglichen Kontrollgewinns, insbesondere in vorher eher aversiven Situationen, hat bzw. kann eine Reihe von Folgen haben: Durch die Stützung bzw. auch Vermittlung von Gebrauchskontrollregeln im Sinne eines Safer-Use kann das konkrete Erleben (Selbstwirksamkeit und Kontrollerfahrung), daß man auch als Benutzer illegalisierter Drogen über Fähigkeiten und Fertigkeiten zur aktiven Alltagsorganisation verfügt, ermöglicht werden. Stützung und Vermittlung von Selbstwirksamkeit können so regulative Orientierungen zur Gestaltung des (auch) drogenbezogenen Lebensstils bewirken. Dadurch können weiterhin handlungsbezogene Funktionen (Dauerhaftigkeit und Anstrengungsinvestition) bedeutsam werden, d.h. autonom kontrollierter und eigenverantwortlicher Drogengebrauch wird auch unter dem Drogenverbotsdiktat möglich. Allerdings müssen die Angebote einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit auf Freiwilligkeit basieren, auf den Defizitblickwinkel verzichten und bedürfnisorientiert ausgerichtet sein. Eine derart verstandene Drogenarbeit zielt auf die Aufhebung der pädagogisch-therapeutischen Reparaturmentalität, auf den Abbau der

noch immer vorherrschenden Opfer- und Klientenrolle von Drogengebrauchern. Die dominierende pathologisierende Blickrichtung zur Erklärung von Drogenabhängigkeit begründete die Definition von Drogengebrauchern als Klienten, für deren Rehabilitation und Wiedereingliederung sich eine Vielzahl von Experten als zuständig betrachtete. Dies jedoch – und das sei ausdrücklich vermerkt – ohne ein explizites Klientenmandat. Durch die administrative Absicherung und weitestgehende Institutionalisierung sowie Professionalisierung des Drogenhilfesystems (ideal gedacht als ein geschlossenes Verbundsystem) wird die Nachfrage nach therapeutisch-rehabilitativen Dienstleistungen gesichert, die Klientenrolle von Drogengebrauchern (Defizitwesen, Krankheitsstatus) festgeschrieben und, insgesamt gesehen, der Bestand dieses Dienstleistungssystems konserviert. Die Entmündigung der Konsumenten durch sog. advokatorische Interessenvertreter (Therapeuten, Sozialpädagogen etc.) war und ist die Voraussetzung zur Durchsetzung und damit Existenzsicherung einer psychotherapeutisch und psychiatrisch orientierten Drogenpolitik (neben seiner repressiven Variante).

Die Pathologisierung von Drogengebrauchern als psychisch krank und defizitär einerseits und die Etikettierung derselben als kriminell andererseits (Behandlung/ Bestrafung) stellt jedoch nicht nur die Logik der prohibitiven Drogenpolitik in Frage, sondern ist häufig Ursache dafür, daß sich beabsichtigte Wirkungseffekte in ihr Gegenteil verkehren. Beide Maßnahmen sichern die normative Ordnung durch den Einsatz legitimer Zwangsmittel. Es ist nämlich so: sobald ein Drogengebraucher auffällige Verhaltensweisen zeigt, bzw. diese als auffällig wahrgenommen werden, beginnt – ganz im Sinne des teutonischen linear-kausalen Denkens – die Fahndung nach dem Täter. Entweder derjenige, der dieses als abweichend definiertes Verhalten demonstriert, ist selbst der Schuldige. Oder aber diejenigen, die ihn »dazu gemacht haben«, werden als Schuldige definiert: Eltern, Verführer, Umweltbedingungen oder gar die Gesellschaft. Insofern ist der Betroffene ein Opfer. In diesem Sinne muß er dann gerettet, aus den Klauen der Droge befreit werden. Folge dieses linear-kausalen Denkens ist, daß immer einer der Schuldige, und einer das Opfer ist. Weiterhin ist es nun möglich, das Konstrukt Krankheit anzuwenden. Wie ich schon andeutungsweise dargelegt habe, ist mit dem Etikett krank ein unmittelbar Schuldiger ausgeklammert. Der Kranke ist nur

noch passives Opfer. Krankheit (hier: Drogenabhängigkeit) ist dann der Täter, der Gegner, dessen Bekämpfung »alle vereinen und alle von Schuld freisprechen kann« (Simon, 1988, S. 22).

Eine akzeptanzorientierte, nicht klientelisierende Drogenarbeit darf nun kein trojanisches Pferd werden, im Sinne eines »Modells der freiwilligen Selbstbindung qua Einsicht« (Jungblut, 1993, S. 108): Sozusagen als eine Methodik drogenhelferischen Handelns, »das als Ziel sozialen Lernens Freiwilligkeit und Einsicht in die Notwendigkeit eines drogenfreien Lebens anstrebt« (Jungblut, 1993, S. 108). Eine derartige Methodisierung (z.B. auch eine Verknüpfung therapeutischer, abstinenzorientierter Maßnahmen mit einer falsch verstandenen Methodik niedrigschwelliger Drogenarbeit als Zugangserleichterung und Schwellensenkung) und die ebenso schon wieder zu hörenden Rufe nach einer Professionalisierung akzeptanzorientierter Drogenhilfe (wer oder was soll hier eigentlich professionalisiert werden?) würden dazu führen, daß ein belebendes Praxiskonzept schnell den Offenbarungseid leisten muß. Erinnert sei hier nur an den Niedergang der Release-Bewegung in den 70er Jahren.

*Eine akzeptanzorientierte, nicht-klientelisierende und auf Schadensbegrenzung zielende Drogenarbeit* toleriert – auch und gerade unter den Bedingungen der prohibitiven Drogenpolitik – das Recht auf Anders-Sein von Drogengebrauchern, macht sie nicht zum Objekt staatlich-administrativer und sozialpädagogisch-therapeutischer Maßnahmen zum Zwecke der Integration durch (un)bedingte Abstinenz. Sie hat Respekt vor der Eigensinnigkeit von Deutungsmöglichkeiten; sie kann unter dem Primat der Prohibitions politik nur kreativ zwischen dem Doppelmandat von Kontrolle und Hilfe hin und her manövrieren. Sie versucht mit den Drogengebrauchern bei der Erarbeitung eines eigenverantwortlichen, risikominimierenden und genußorientierten Umgangs mit illegalisierten Drogen zu kooperieren. Festgehalten werden kann, daß eine akzeptanzorientierte, nicht klientelisierende Drogenarbeit diametral zu den Prämissen der traditionellen, abstinenzbezogenen Drogenhilfe steht: Das abstrakte Heilungsideal und Clean-Postulat des Abstinenzparadigmas, Klientelisierung, Therapiemotivationsarbeit als Kontaktvoraussetzung, Leidensdrucktheorie, Defizitblickwinkel und »helfender Zwang« werden abgelehnt. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Praxis? Ich subsumiere die Antworten unter sechs Oberpunkten.



### 3. Drogenhilfepraktische Konsequenzen

#### 3.1. Substitution

Bekanntlich ist die Substitutions-Praxis immer noch keine gleichberechtigte Behandlungsalternative bei Drogenabhängigkeit. Gerade einmal 5,75 % aller Opiatabhängigen (bei einer geschätzten Anzahl von 150 000) werden über kassenfinanzierte Substitutionstherapien mit Methadon (L-Polamidon) behandelt (vgl. Weber, 1993, 1994). Inzwischen liegen auch in der BRD vielfältige wissenschaftliche Evaluationsstudien über die positiven Ergebnisse von Substitutionsbehandlungen und -programmen vor (vgl. Gerlach & Schneider, 1994). Substitutionsmaßnahmen sind gesundheitsstabilisierende und lebenserhaltende Behandlungsmöglichkeiten. Sie eröffnen die Chance, Betroffenen einen Weg aus dem Szeneleben zu ebnen, sich sozial zu (re)integrieren, psychisch und physisch zu stabilisieren und ein menschenwürdiges Leben zu führen. Dies ist ermutigend. Es ist jedoch ein Skandal, daß es in der Präambel der Änderungen der NUB-Richtlinien (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) vom 25.3.1994 immer noch heißt:

»Die Drogensucht selbst stellt keine Indikation zur Drogensubstitution im Sinne einer Krankenbehandlung dar, denn therapeutisches Ziel einer Behandlung einer Sucht bleibt die Drogenabstinenz« (Westfälisches Ärzteblatt, 6/ 1994, S. 19).

Somit bleibt die überwiegende Mehrzahl der substitutionsbereiten Opiatgebraucher von Methadonbehandlungen ausgeschlossen. Eine Senkung der Eingangsschwellen und die Realisierung einer flächendeckenden, niedrigschwelligen Versorgungssituation erscheint unbedingt erforderlich. Eine Änderung des 13 BtMG ist notwendig: Abschaffung der Ultima-Ratio-Klausel eben durch die Anerkennung von Drogenabhängigkeit als behandlungsfähige Krankheit.

Drogenabhängigkeit als Krankheit anzusehen, ist hier eher eine strategische Konstruktion als eine definitorische Festlegung. Denn: Drogengebraucher sind weder per se behandlungsbedürftig, noch pathologisch. Dies zeigen auch die Ergebnisse neuerer Forschungspro-

jekte (vgl. Weber & Schneider, 1992). Das strafrechtlich verfolgte Subjekt wird durch eine generelle Pathologisierung wieder zum Behandlungsobjekt. Deshalb ist es weitergehend dringend erforderlich, die Indikationskriterien für eine Methadonbehandlung letztendlich ganz aufzuheben. In diesem Kontext steht auch, daß eine begleitende psychosoziale Betreuung nur auf freiwilliger Basis angeboten werden sollte. Eine psychosoziale Zwangsbetreuung ist strikt abzulehnen (vgl. 2a der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), Absatz (2) vom 1.2.1994). Zu denken wäre auch an die Einrichtung kleiner dezentraler Methadonabgabeeinrichtungen (Methadonambulanzen). Take-Home-Abgaben sollten nicht erst nach einer Bewährungszeit von einem Jahr möglich sein. Auch der Substituierte hat beispielsweise ein Recht auf Urlaub. Kontrollen sind sicher nötig (Beigebrauch, doppelte Abgabe), sollten aber nicht zu einer Kontrollmanie und Ent-Subjektivierung der Betroffenen auswachsen. Insofern ist die nach guter teutonischer Manier geplante Standardisierung von Substitutionsbehandlungen ein herber Rückschlag (vgl. Bühringer et al., 1994). Hier zeigt sich wiederum das altbekannte Phänomen, daß im realen Zusammenhang organisatorisch bedingter Konkurrenz im Drogenhilfesystem, der damit verbundenen Problemsegmentierung und hinsichtlich der etablierten Bürokratisierungen (administrative Vergesellschaftung) auch die Hilfeansprüche der Betroffenen mehr oder weniger organisationsfunktional – im Sinne einer Standardisierung, Formalisierung und Routinisierung (Zauberformel: Qualitätssicherung) der Hilfeleistungsvermittlung – instrumentalisiert werden. Wir sollten gelegentlich einmal innehalten und darüber nachdenken, daß Drogengebrauchern eine Vielzahl von – sagen wir einmal – Dienstleistungsunternehmen (bis hin zu Fixerräumen) gegenüberstehen, die ihre Existenz ausschließlich über das gesellschaftlich konstituierte soziale Drogenproblem und über die Klientel ordnungspolitisch legitimieren. Es bleibt jedenfalls festzuhalten, daß es in keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens üblich ist, die Zulassung zur medizinischen Versorgung an eine bereits zuvor eingetretene, massive psychische und somatische Verelendung zu knüpfen.

Ferner ist die geplante Änderung im Entwurf zur 6. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, nur noch Methadon und Levo-Methadon zur Substitution zuzulassen und Codein betäubungsmittelrechtlich zu verankern, ab-

zulehnen. So zeigen Forschungsergebnisse, daß die Substitution mit DHC (Dihydrocodein) keinen Vergleich mit den Ergebnissen zur Methadon-Substitution zu scheuen braucht (vgl. Gerlach & Schneider, 1994). Auch auf die Gefahr hin, von konservativer Seite der »Stasisellschaft« (Meyer, 1994, S. 4 ff.) verdächtigt zu werden, plädiere ich – solange das BtMG so ist, wie es ist – für eine breite flächendeckende Vielfalt an Substitutionsmöglichkeiten, jedoch letztlich für deren Aufhebung. Darüber hinaus erscheint es dringlich, *Substitutionsmöglichkeiten auch für Inhaftierte* bereitzustellen (Beispiel Bremen, Vechta), zumal dies nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung durchaus möglich ist. Aus aids- und hepatitisprophylaktischen Gründen ist es weiterhin unabdingbar, in den Justizvollzugsanstalten cleane Spritzbestecke auszugeben; denn kein Knast ist drogenfrei.

### 3.2. Niedrigschwellige, akzeptanzorientierte Angebote

Praxiserfahrungen mit niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten Angeboten wie Kontaktcafès, Notschlafstellen, ärztliche Akutversorgungen, Spritzentauschprogramme zeigen, daß diese Angebote im Sinne von schadensbegrenzenden Hilfsmöglichkeiten in der Lage sind, Drogengebraucher ohne Motivierungs- und Kontrollabsicht zu erreichen, lebenspraktische Hilfe jenseits von Abstinenzforderungen zur Verfügung zu stellen, Selbstorganisationsressourcen der Betroffenen zu fördern, Safer-Use-Strategien zu stärken und eventuell auf Wunsch selbstbezogene Ausstiegsprozesse zu unterstützen (vgl. INDRO e.V.-Reader, 1994). Erforderlich ist jedoch eine Festschreibung und Ausweitung niedrigschwelliger, akzeptanzorientierter Angebote, und zwar nicht im Sinne wandelnder Litfaßsäulen als abstinenzbezogene Therapiewerbeeinsätze (Köderfunktion), sondern bezüglich der Unterstützung einer selbstregulierenden und eigenverantwortlichen Schadensbegrenzung. Eine Erweiterung der Angebote scheint unabdingbar:

- Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote wie die Einrichtung von flächendeckenden, dezentralen und szenenahen »Opiatlokalen« (Trautmann, 1995) als Überlebenshilfe, Gesundheitsschutz und Ermöglichung eines sozialen genußorientierten Gebrauchs von illegalisierten Drogen. Folgende Gründe sprechen für die Einrichtung von Opiatlokalen teils in Eigenregie,

teils in Anbindung an die Drogenhilfe als Übergangslösung bis zur Aufhebung des Drogenverbotes:

- a) Reduzierung des Infektionsrisikos
  - b) Sofortige Hilfe bei Überdosierungen
  - c) Vermittlung von Techniken des Safer-Use
  - d) medizinische Hilfe bei Wundinfektionen und Abszessen
  - e) hygienische und streßfreie Applikationsmöglichkeit
  - f) Ermöglichung eines sicheren, regelorientierten und genußfähigen Gebrauchs von Drogen
- *Clearing-Stellen zur Analyse der Straßendrogen und Safer-Use-Vermittlungen.* Im Zusammenhang mit der Einrichtung von Opiatlokalen erscheint es zwingend, sog. Clearing-Stellen zur Analyse der Straßendrogen und Safer-Use-Vermittlung im Verbund mit Opiatlokalen zu installieren. Der Reinheitsgehalt der Drogen könnte sofort festgestellt und Beimengungen und Strecksubstanzen ermittelt werden. Überdosierungen und der gefürchtete »Shake« (allergische Reaktion) könnten vermieden, risikobewußte Gebrauchsformen vermittelt werden (vgl. Griffiths et al., 1994; Zurich, 1995; Heudtlass et al., 1995).
  - *kostenlose Hepatitisschutzimpfungen und flächendeckende szenenaher ärztliche Akutversorgung*
  - *ausreichende Versorgung mit niedrighschwelligen Notschlafstellen*
  - *Einrichtung von sog. Ruhezäusern,* die eine Unterbrechung des täglichen Drogenstressses ermöglichen ohne Verpflichtung zu einer anschließenden Therapie
  - *materielle Unterstützungen von Selbstorganisationsbestrebungen* wie Junkiebünde und JES-Gruppen (Junkies, Ex-Junkies und Substituierte)
  - Mobile Spritzbesteckvergabe und Safer-Use-Vermittlungen bei allen illegalisierten Drogen in der Drogenszene, aber auch in therapeutischen Einrichtungen mittels Faltblättern, Broschüren und konkreten Übungen durch sog. betroffenenegestützte Verbraucherberatung
  - *Einrichtung von frauenspezifischen Unterstützungs- und Therapieangeboten*

### 3.3. Qualifizierte Entgiftungsmöglichkeiten mit L-Polamidon

Völlig unzureichend stellt sich leider noch die Situation im Entgiftungsbereich dar. Im Sinne der Ermöglichung drogenfreier Intervalle (Urlaub von den Drogen) zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung oder auch als Vorbereitung auf eine weiterführende, eigenmotivierte Therapie ist der Ausbau von qualifizierten »warmen« und »kalten« (auf freiwilliger Basis) Entgiftungsmöglichkeiten notwendig.

### 3.4. Stationärer Bereich

Im stationären Bereich ist zunächst der Ausbau differenzierter Therapieeinrichtungen einzuleiten. Insbesondere der Aufbau entwicklungsangemessener Therapieformen (Kurz- und Langzeittherapie) im sozialen Nahfeld und ambulante Therapieformen sowie sog. Kompakttherapien mit integrierter, warmer Entgiftung auf freiwilliger Basis sind zu fördern. Notwendig ist jedoch zum einen, den sog. Zwangstherapieparagrafen abzuschaffen und die Freiwilligkeit der Therapieaufnahme zu ermöglichen. Zum andern sind menschenwürdige Therapieformen zu entwickeln, die auf unnötige und entwürdigende Sanktionen verzichten. Die »Wir wissen, was gut für euch ist«-Mentalität muß bald der Vergangenheit angehören. Ambulante, freiwillig aufzunehmende Therapieformen im sozialen Nahfeld müßten hier eindeutig an Priorität gewinnen. Auch inhaltliche Kurskorrekturen sind vonnöten. Die bisher vorherrschenden Hauptgegenstände therapeutischer Behandlungen, nämlich der drogenbezogene Lebensstil des sog. Drogenabhängigen und seine defizitäre, frühkindlich gestörte Persönlichkeit (bei jedem von uns liessen sich in der frühkindlichen Entwicklungsphase sicherlich Störungen psychoanalytisch diagnostizieren), müssen zugunsten schadensbegrenzender Maßnahmen im Sinne einer akzeptierenden Grundhaltung mit dem Ziel der Vermittlung von Safer-Use-Strategien und kontrollierter Gebrauchsformen geändert werden. Die zwanghafte totale Institutionalisierung von Drogengebrauchern muß aufgehoben, die therapeutische Kopflastigkeit und die Methodisierung helfenden Handelns überwunden werden. Denn wie wir bereits festgestellt haben: Die Pathologisierung und damit Therapieisierung von Drogengebrauchern hat zur

»Produktion von Experten in Sachen 'Hilfe', 'Betreuung', 'Beratung', 'Behandlung', zur 'Expertokratie' und Professionalisierung, zur Institutionalisierung eines Subsystems 'Hilfe' geführt.« (Griese, 1983, S. 8)

hat die Drogenhilfe und ihre Administration partiell gesellschaftlich aufgewertet, aber auch zur Entmündigung der drogengebrauchenden Menschen geführt. Dringend angezeigt ist es demnach, Gebraucher illegalisierter Drogen nicht als Objekte klinisch-kurativer Strategien der Persönlichkeitsumwandlung (wie ein nachgereifter Phoenix aus der Asche) im Sinne des abstrakten und unrealistischen Heilungsides als Abstinenz anzusehen, sondern sie als zur Selbstbestimmung fähige und eigenverantwortlich handelnde Menschen zu begreifen. Es besteht kein Bedarf an diesen sog. professionellen Perspektiven,

»die wir dann auch bei den Betroffenen selber wiederfinden, sei es, weil sie solche Fremddefinition in der Langzeit-Therapie übernommen haben, sei es, weil sie auf diese Weise als 'Motivierte' oder aber als 'Ich-entkernte' besser in das Hilfesystem einzupassen sind, oder sei es, weil sie als 'Cannabis-Verführte' den Gutachter für sich einnehmen, ihren eigenen 'Null-Bock' amotivational entschuldigen, bzw. dem Polizisten per ungewolltem flash-back die aktuelle Harmlosigkeit dartun können« (Quensel, 1995, S. 3).

### *3.5. Drogenunspezifische Angebote*

Die Angebotspalette betroffenenorientierter Drogenarbeit sollte neben den bisher genannten, überwiegend drogenspezifischen Aufgaben und Maßnahmen auch drogenunspezifische Hilfestellungen umfassen. Hierzu zählen praktische Hilfen in den Bereichen Kontakt- und Aufenthaltsmöglichkeiten, Ernährung, Hygiene, Gesundheit, betreutes Wohnen, Wohnraumvermittlung, Arbeit, Ausbildung, Freizeit, Umgang mit Behörden, Schuldenregulierung und Rechtsbeistand. Dringend erforderlich ist auch die Weiterentwicklung von Wohnprojekten für AIDS-infizierte Frauen und Männer sowie Prostituiertencafés und bordellähnliche Betriebe als Schutzraum für sich prostituierende Drogengebraucherinnen (vgl. Zurhold, 1995 b). Hier wäre auch an eine Einrichtung und Förderung von Modellprojekten zur beruflichen Orientierung und Weiterqualifizierung mit Praktika von

Therapieabsolventen, aber auch von Substituierten und aktuell drogengebrauchenden Menschen zu denken.

### 3.6. Sucht- (Drogen)prävention

In der Situation des zunehmenden Drogenelends wird immer noch von der generalpräventiven Wirkung des Strafrechts gesprochen und von einer drogenfreien Gesellschaft geträumt.

Es gilt »die ganz überwiegend drogenfreie Bevölkerung (?) vor der Aggressivität des Drogenansturms (?) zu schützen – durch frühzeitige, differenzierte und langfristig angelegte Prävention und durch den general- und spezialpräventiven Schutz des Strafrechts ...« (Bundesdrogenbeauftragter Lintner, 1994, S. 22 – Fragezeichen vom Verfasser).

Da das Drogenproblem nicht in den Griff zu bekommen ist, wird allerorten das angebliche Allheilmittel Prävention, speziell der Primärprävention das Wort geredet. Kein Politiker, der nicht den Ausbau von Prävention fordert und damit im Prinzip seine Hilflosigkeit eingesteht. Gegenwärtig jedenfalls scheint es präventionspolitisch darum zu gehen, ein Frühwarnsystem auf allen gesellschaftlichen Kontrolltürmen zu installieren, ein feinmaschiges Netz zu spannen, um Risikogruppen und Risikopersonen im Hinblick auf den späteren Drogenkonsum so früh wie möglich auszuspähen (z.B. Suchtprävention im Kindergarten unter dem Motto »Der Köder muß dem Fisch schmecken und nicht dem Angler«. Weil, 1995, S. 29). In einer Gesellschaft, in der Drogen (legalisierte wie illegalisierte) Wegbereiter des Erwachsenwerdens sind, kann es nicht um das Präventionsziel der absoluten Drogenfreiheit gehen, sondern nur um die Einübung eines eigenverantwortlichen, regelorientierten, genußfähigen und kontrollierten Umgangs mit Drogen (und dies gilt nicht nur für Cannabis). Es ist eine Illusion, zu glauben, ein »umfassendes und schlüssiges Präventionskonzept«, das »aus den Erfahrungen erfolgreicher Drogentherapien« (Pittrich, 1993, S. 1) entwickelt werden könnte, wäre der Königsweg der Suchtprävention. In allen Büchern über Suchtprävention, in Broschüren und Tagungsbänden findet man seit über 20 Jahren die Wiederkehr des immer Gleichen: Es wird konstituiert, daß ein »wissenschaftlich begründetes, alle wichtigen Bereiche umfassen-

des Konzept präventiver Maßnahmen« fehle, über »Ansätze« sei man »nicht hinausgekommen« (Pittrich, 1993, S. 1). Die Suche danach wird ebenso wie die Fahndung nach der Suchtpersönlichkeit weitergehen. Vielleicht hat man eines Tages das Aha-Erlebnis, daß es ein »umfassendes und wissenschaftlich begründetes« Präventionskonzept gar nicht geben kann: Außer man geht weiterhin von einer unrealistischen, mechanistischen Betrachtungsweise von Drogengebrauchsentwicklungen aus, die eine stereotype Abfolge von psychischen und physischen Zuständen (Defizitmodelle) unterstellt. Der deutsche Hang zu umfassenden Konzepten ist eben nicht aus der Welt zu schaffen. Solange nicht die Zielorientierung absolute Abstinenz in Frage gestellt und realistische Zielperspektiven entwickelt werden, sind alle finanziellen Anstrengungen und Aufwendungen für moralin-sauere Sucht- (Drogen)prävention und alle sog. Expertenhearings und -tagungen sowie Evaluationsprogramme und Marketing-Strategien für die Katz. Sie sichern nur Pfründe, Forschungsgelder, Drogenkongresse und Karriereplanungen. In diesem Sinne stimme ich Frietsch vorbehaltlos zu: Drogen(sucht)prävention macht »sich in jeder Hinsicht bezahlt« (Frietsch, 1995, S. 119). Übrigens: Von der gesellschaftlichen Konstitution des sog. sozialen Problems »Illegaler Drogengebrauch« leben inzwischen auch diverse Forschungsinstitute und Forschungsprogramme, die periodisch immer wieder die mangelnde Erforschung des Phänomens anmahnen.

»Im Bereich der Suchtkrankentherapie ( ... , also vor allem die stoffgebundenen Süchte, vorrangig Drogen, Medikamente und Alkohol – ) herrscht insgesamt ein grosses Forschungsdefizit« (Petzold, 1994, S. 144)<sup>1</sup>.

Den Handlungsreisenden in Sachen Drogen sei Dank.

»Das Drogen-Problem existiert nicht, weil es eine Drogenkultur gibt, sondern weil es keine gibt oder jedenfalls keine entwickelte. Tatsächlich sind der Marktimperativ, die Prohibition und eine angehängte Drogenerziehung der Entwicklung und Existenz einer solchen Kultur nicht günstig. Sie läuft ja den Interessen, welche jene transportieren, ganz zuwider. Und vielleicht sind Markt, Prohibition und Erziehung bei uns schon viel zu stark, zu etabliert und haben viel zu viele Nutznießer, als daß sich neben ihnen oder gegen sie eine neue Kultur entwickeln könnte« (Marzahn, 1994, S. 48).



#### 4. Drogenpolitische Konsequenzen

Das Drogenproblem ist und bleibt ein Drogenpolitikproblem. Der Schlüssel für eine deutliche Verbesserung und Normalisierung der Lebensbedingungen von Drogengebrauchern ist die Aufhebung des Drogenverbotes. Ein Hinwirken auf Veränderungen drogenpolitischer Rahmenbedingungen – und hier insbesondere gesetzlicher Bestimmungen – ist also eine *conditio sine qua non*. In Anlehnung an die »Münsteraner Erklärung« des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.) vom 9.10.1994 kann eine Normalisierung der Lebensbedingungen von Konsumenten illegalisierter Drogen nur gelingen, »wenn die Drogenpolitik den Mut zu einem radikalen Wandel aufbringt« (akzept e.V., Münsteraner Erklärung 1994, S. 2).

Dazu gehört:

1. Entkriminalisierung bzw. (Teil-) legalisierung sog. weicher Drogen wie Cannabis sowie die sofortige Prüfung zweckmäßiger Distributionssysteme (z.B. ein verwaltungsrechtliches Lizenzmodell als ein erster notwendiger Schritt). Letztlich ist es jedoch erforderlich, Cannabisprodukte gänzlich aus der entsprechenden BtMG-Anlage herauszunehmen. Weder medizinische, gesellschaftliche noch kulturhistorische Gründe legitimieren ein juristisches Verbot (vgl. Schneider, 1995 b).
2. Ein weiterer Schritt wäre die Ermöglichung einer ärztlich kontrollierten Originalstoffabgabe (kein Vergabemodell, bei dem die Betroffenen dreimal am Tag erscheinen und unter Aufsicht Heroin o.a. Drogen konsumieren müssen, sondern ein Abgabemodell). Hierzu bedarf es jedoch einer Ergänzung des 3 BtMG mit dem Ziel, das Bundesgesundheitsministerium zu verpflichten, Ärzten eine Erlaubnis zum Erwerb und zur Abgabe von Betäubungsmitteln der Anlage I und II zu erteilen. Durch eine kontrollierte Abgabe könnten, wie britische Erfahrungen in Heroinkliniken und die kontrollierte Abgabe von Heroin in Widness bei Liverpool und in der Schweiz zeigen, auch jene Drogenkonsumenten aus der Illegalität herausgeholt werden, die bisher weder mit abstinenzorientierten Angeboten noch mit herkömmlichen Substitutionsmaßnahmen erreicht wurden. Ich halte es jedoch für fatal, – wie geplant – nur Schwerstabhängigen einen

begrenzten Zugang zu gewähren. Eine derartige Selektion (Wer würde dies eigentlich verantworten?) wäre zynisch und würde kaum zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen der Betroffenen beitragen. In diesem Kontext kann auch das Positionspapier des Caritasverbandes gesehen werden. Hier wird eine staatlich geregelte Heroingabe nur als ultima ratio gesehen und festgestellt, daß eine derartige Maßnahme »final auf Überwindung der Abhängigkeitserkrankung ausgerichtet sein« muß (Schmidtobreck, 1994, S. 270). Bei einer Konzentration nur auf Schwerstabhängige entsteht eine »Zwei-Klassen-Sucht« und der illegale Drogenschwarzmarkt mit allen lebensbedrohlichen Bedingungen würde weiter bestehen. Eine kontrollierte Abgabe (d.h. zur Mitnahme) müßte flächendeckend angeboten werden, und ein Angebot zur psychosozialen Betreuung (Begleitung) auf freiwilliger Basis integraler Bestandteil der Abgabe sein. Eine derartige qualitätskontrollierte und flächendeckende Abgabe wäre mitnichten eine »Politik der Hoffnungslosigkeit« wie der Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) feststellte (FDR, 1995, S. 9). Selbst auf der Staatsanwaltschaftsebene wird eine staatliche Abgabe ohne therapeutischen Ansatz inzwischen als ein Handlungsmodell angesehen, das »den illegalen Markt wegen geringer Beschränkung der Adressaten stärker begrenzt« (Körner, 1995, S. 15) als Entkriminalisierung, Substitutionsprogramme oder die kontrollierte Vergabe von Opiaten nach therapeutischen Gesichtspunkten.

3. Letztendlich ist es jedoch notwendig über Legalisierungsmodelle nicht nur nachzudenken. Inzwischen liegen auch bedenkenswerte Umsetzungsstrategien zur Freigabe illegalisierter Drogen vor (vgl. Schmidt-Semisch, 1994; Stöver, 1994 a; Böllinger, 1995). Beim Genußmittelmodell beispielsweise sollten Drogen ebenso als Genußmittel angesehen werden wie unsere Alltagsdrogen Alkohol, Nikotin oder Koffein, und von daher im Lebensmittelrecht geregelt werden (vgl. Schmidt-Semisch, 1994). Ob sich hierdurch die Zahl der Konsumenten erhöhen würde, ist nicht zu entscheiden und bleibt aufgrund des Mangels an konkretem Erfahrungswissen spekulativ. Jedenfalls eine wirkliche Aufhebung des sozialen wie gesundheitlichen Drogenelends setzt die Aufhebung des Drogenverbotes voraus.

Eine wie auch immer geartete Legalisierung wäre sicherlich keine Lösung des Drogenproblems, kein Königsweg, aber Drogen würden so jenen unter qualitätskontrollierten Bedingungen verfügbar gemacht, »die sie haben wollen und die sie heute in der illegalen Drogenszene sich beschaffen – koste es, was es wolle, nämlich die Gesundheit und oft genug das Leben« (Bossong, 1991, S. 7). Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen, daß eine Verschärfung der Drogenprohibitions politik und ein rigides Festhalten am apodiktischen Abstinenzparadigma den Gebrauch illegalisierter Drogen und die Drogentotenanzahl ansteigen, die soziale und gesundheitliche Verelendung grassieren, die Gewinne aus dem illegalen Drogengeschäft sowie die gesellschaftlichen Folgekosten (Beschaffungskriminalität etc.) enorm anwachsen läßt.

Ein legaler Zugang zu heute noch illegalisierten Drogen würde einer weiteren Kriminalisierung und Pathologisierung der Konsumenten sowie einer drogen- und problemspezifischen und subjektbezogenen Erklärungsfixierung (Pharmakologisch begründete Verelendungstheorie, Sucht ist Flucht, Defizit- und Krankheitsmodell) Einhalt gebieten. Aufgrund der Tatsache, daß eine staatliche bzw. polizeiliche Verfolgung ausbliebe, könnten Menschen angstfrei konsumieren und regelorientierte, autonom kontrollierte Gebrauchsformen entwickeln bzw. verfestigen. Der Reiz des Verbotenen entfielen. Kurz: Der Entdeckungs-, Definitions- und Strafbzusammenhang wäre der Boden entzogen und Normalisierungs- und Entkulturationsprozesse würden eingeleitet. Ein wichtiges Medium zur Erhaltung der gegenwärtigen Drogenwirklichkeit, nämlich die gesellschaftliche und öffentliche Unterhaltung über das Drogenproblem würde entfallen. Daß was dann öffentlich nicht mehr besprochen wird, »fängt allmählich an, hinfällig zu werden« (Berger & Luckmann, 1981, S. 164). Die normative Kraft des Faktischen würde sich durchsetzen.

## Anmerkungen

1 vgl. auch: EUROPEAN ADDICTION RESEARCH 1/95.

## Literatur

- Bathsteen, M. & Legge, J. (1995). Sozialer und medizinischer Hintergrund des Drogentodes. *Kriminologisches Journal*, 1, S. 37-51.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1980). *Die gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit*. Frankfurt.
- Bossong, H. (1991). Kritische Bestandsaufnahme zur aktuellen Drogenpolitik. Werkstattgespräche Drogenpolitik. Juso-Bundesvorstand. Bonn.
- Böllinger, L. (1995). *De-Americanizing. Drug Policy. The Search for Alternatives for failed Repression*. Frankfurt.
- Bühringer, G.; Gastpar, M.; Heinz, W.; Kovar, K.-A.; Ladewig, D.; Naber, D.; Täschner, K.-L.; Uchtenhagen, A.; Wanzke, K. (1994). Standards für die Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen.
- European Addiction Research. (1995). *Addiction Research in Europe: An Overview*, 1, S.1-80.
- FDR-Pressemitteilung. (1995). *Sozialmagazin*, 1, S.7-9.
- Frietsch, R. (1995). Drogenprävention – wie sie sich in jeder Hinsicht bezahlt macht! In: J. Schmitt-Kilian (Hrsg.), *Ratgeber Drogen. Vorbeugung, Konfliktlösung, Therapie*. Düsseldorf.
- Gerlach, R. & Engemann, S. (1995). Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit. INDRO e.V., 3. aktualisierte Auflage. Münster.
- Gerlach, R. & Schneider, W. (1994). *Methadon- und Codeinbehandlung. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit*, Bd. 3. Berlin.
- Griese, H. & M. (1983). Probleme Jugendlicher oder Jugend als soziales Problem? In: P. Malinowski & M. Brusten (Hrsg.), *Jugend- ein soziales Problem?* Opladen.
- Griffiths, P.; Gossop, M.; Powis, B.; Strang, J. (1994). Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction*, 4, S. 301-309.
- Grubitzsch, S. (1992). Chaos-Theorie und nomothetische Psychologie. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 3/4, S. 145-163.
- Herriger, N. (1994). Risiko Jugend. Konflikthafte Lebensbewältigung und Empowerment in der Jugendhilfe. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 4, S. 298-315.
- Hess, H. (1992). Drogenpolitik und Drogenkriminalität. Von der Repression zur Entkriminalisierung. In: J. Neumeyer & G. Schaich-Walch (Hrsg.), *Zwischen Legalisierung und Normalisierung*. Marburg.

- Heudtlass, J.-H.; Stöver, P.; Winkler, P. (1995). Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt.
- INDRO e.V. (1994). Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 2. Münster.
- Jungblut, H.-J. (1993). Niedrigschwelligkeit. Kontextgebundene Verfahren methodischen Handelns am Beispiel akzeptierender Drogenarbeit. In: T. Rauschenbach (Hrsg.).
- Klingemann, K.-H. & Efonayi-Mäder, D. (1994). Wieviel Therapie braucht der Mensch? Sucht, Selbstheilungstendenzen und »Familie« als biographisches Leitmotiv. Schweizerische Rundschau für Medizin, 34, S. 937-949.
- Körner, H. (1995). Grenzen setzen und Grenzen einhalten. drogen-report, 1, S. 14-17.
- Lintner, E. (1994). Drogenpolitik im Wandel. In: R. Sauer & J. Singer (Hrsg.), Keine Macht den Drogen. München.
- Marzahn, C. (1994). Bene Tibi. Über Genuß und Geist. Bremen.
- Petzold, H.G. (1994). Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankheit – programmatische Überlegungen. Drogalkohol, 3, S. 144-157.
- Pittrich, W. (1993). Vorwort Suchtprävention in einem Europa der Regionen. Dokumentation Europäische Werkstatt Prävention. Forum Sucht. Land-schaftsverband Westfalen-Lippe. Münster.
- Quensel, S. (1995). Drogenlügen? Oder: Wie kann man über Drogen aufklären?. Manuskript BISDRO. Bremen.
- Raschke, P. (1993). Folgen der Kriminalisierung. In: Akzept e.V. (Hrsg.), Menschenwürde in der Drogenpolitik. Hamburg.
- Schmidt-Semisch, H. (1994). Die prekäre Grenze der Legalität. AG SPAK. München.
- Schmidtobreck, B. (1994). Drogenpolitik und Drogenhilfe – Die Positionen des Deutschen Caritasverbandes. Sucht, 4, S. 267-270.
- Schneider, W. (1992). Akzeptierende Drogenarbeit als Empowerment. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 2/3, S. 159-168.
- Schneider, W. (1994). Wo bleibt das Subjekt? Plädoyer für eine Kursänderung in der Drogenforschung. INDRO e.V. Manuskript. Münster.
- Schneider, W. (1995 a). Ausstiegswege aus der Sucht illegaler Drogen. Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 9, S. 13-21.
- Schneider, W. (1995 b). Risiko Cannabis? Bedingungen und Auswirkungen eines kontrollierten, sozial integrierten Gebrauchs von Haschisch und Marihuana. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 5. Berlin.
- Schuhmacher, A. (1994). Illegaler Drogenkonsum aus medizinischer Sicht. In: W. Harm (Hrsg.), Mein Kind nimmt Drogen. Reinbek.
- Simon, F. B. (1988). Unterschiede, die Unterschiede machen. Heidelberg.

- Stöver, H. (1994 a). Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. DAH, Bd. XIV. Berlin.
- Stöver, H. (1994 b). Drogenfreigabe. Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik. Freiburg.
- Trautmann, F. (1995). Druckraum: Befreiend oder erdrückend – Die Perspektive zwischen Freiraum, Tagtraum und Beaufsichtigung. In: Akzept e.V. (Hrsg.), Drogen ohne Grenzen. Berlin.
- Weber, G. & Schneider, W. (1992). Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Forschungsbericht. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziale NRW. Düsseldorf.
- Weil, T. (1995). Öffentlichkeitsarbeit in Sachen Prävention und Gesundheitsförderung. Wie sag ich's meinen Lesern. Sucht Report, 2, S. 29-36.
- Westfälisches Ärzteblatt. (1994). Bd. 26.
- Zurhold, H. (1995 a). Beschaffungsprostituierte als Objekte der Begierde. In: Akzept e.V. (Hrsg.), Drogen ohne Grenzen. Berlin.
- Zurhold, H. (1995 b). Drogen konkret. Substanzen-Wirkungen-Konsumformen-Safer-Use-Hinweise. INDRO e.V. Münster.